Münster 1937 No 94 Med DiSS

Staatl. Chirurgische Universitätsklinik Münster (Westf.)
Direktor: Prof. Dr. Coenen

Der Oberlippenfurunkel

mit besonderer Berücksichtigung der Fälle der Chirurgischen Universitätsklinik zu Münster (Westf.)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt von

Heinrich Meier
aus Sapelloh (Hann.)

Münster i. W. 1935

Druck: Heinrich Buschmann, Münster i. W., Drubbel

Dekan: Prof. Jötten
Referent: Prof. Coenen
Korref.: Doz. Hertel

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555428_0141

Pathologisch-anatomisch stellt der Furunkel die akut-eitrige Entzündung eines Haarfollikels und seiner Umgebung dar. Als Erreger gilt heute wohl allgemein der Staphylococcus aureus. Garrè erzeugte experimentell an sich selbst Furunkel durch Einreiben von Staph. aureus in die unverletzte Haut des Vorderarms. Der gewöhnliche Verlauf des Furunkels ist folgender. Es entsteht zuerst eine leicht erhabene Rötung, die nach etwa 3—6 Tagen unter zunehmendem Spannungsgefühl und Schmerz sich zu einer kegelartigen Erhebung ausbildet. Bald färbt sich die Spitze des Kegels weißlich, die dünnen Oberhautreste werden durchbrochen, und das obere Ende eines nekrotischen Pfropfes kommt zum Vorschein, der sich dann bald demarkiert und abstößt unter gleichzeitigem raschen Schwinden der Schmerzen. Das Umgebungsödem ist gewöhnlich gering. Fieber fehlt in den meisten Fällen, und nach 8—10 Tagen ist der Prozeß abgelaufen. Eine punktförmige Narbe bleibt zurück. Das ist der übliche Ausgang dieser Erkrankung, wie er glücklicherweise auch im weitaus größten Prozentteil der Fälle eintritt. Doch leider gibt es auch hier Abweichungen von der Norm. Nicht immer verläuft die Erkrankung so harmlos. Komplikationen können eintreten, und von allen Furunkeln sind es gerade die Furunkel des Gesichts und von diesen wieder diejenigen am meisten der Gesichtsmitte zugelagerten, die Oberlippenfurunkel, deren Verlauf unberechenbar ist und für den Kranken leicht verhängnisvoll werden kann. Es ist daher kein Zufall, daß sich die ganze medizinische Welt seit langem mit den Gesichtsfurunkeln im allgemeinen und besonders mit allen in Frage kommenden therapeutischen Maßnahmen intensiv beschäftigt hat. Die Literatur über dieses Gebiet ist sehr reichhaltig, aber die Frage nach der Behandlung des Oberlippenfurunkels, besonders in seiner bösartigen Form, ist ein umstrittenes Gebiet geblieben. Diese vielen literarischen Erzeugnisse zu ordnen, die Hauptrichtlinien für die Behandlung herauszustellen und zugleich unsere in der Chirurgischen Universitätsklinik in Münster gemachten Erfahrungen zu werten, bildet das Ziel meiner Arbeit.

Wenn ich die Gesichtsfurunkel und speziell die Oberlippenfurunkel oben als besonders bösartig und leicht mit Komplikatio-

nen verbunden bezeichnet habe, so ist man sich heute allgemein darüber klar, daß diese Bösartigkeit ihren Grund hat in manchen besonders ungünstigen Faktoren, und zwar betreffen sie die Anatomie des Gesichts und ganz besonders die topographischen Verhältnisse der Gesichtsvenen. Es hat lange gedauert, bis man zu dieser Einsicht kam, und Rosenbach gebührt das Verdienst, zum ersten Male die Besonderheiten des Gesichtsfurunkels klargelegt zu haben. Vorher nahm man vielfach das Vorhandensein eines spezifischen Erregers an, (auch Trendelenburg vertritt noch diese Ansicht), oder aber man brachte, und das war die vorherrschende Ansicht vieler älterer Autoren, den gewöhnlichen Gesichtsfurunkel in Verbindung mit dem Milzbrand.

Dittrich schreibt über die oben erwähnten ungünstigen Faktoren folgendes: Die große Lockerheit des subkutanen Gewebes vermag dem Vordringen der Infektion nur wenig Widerstand entgegenzusetzen. Außerdem besteht eine gewisse Disposition des Gesichts auf Grund häufiger Hautveränderungen: Ekzeme, Impetigo, Acnepusteln, und eine besonders leichte Infektionsmöglichkeit infolge häufiger Berührung mit den Händen. Die Wirkung der mimischen Muskulatur trägt nach Rosenbach dazu bei, infektiöses Material in die Umgegend des Furunkels hineinzupumpen. Eine wirkliche Ruhigstellung, wie sie für die Heilung notwendig ist, ist in diesem Gebiet ganz besonders schwer zu erreichen. Als wichtigsten Punkt aber bezeichnet Dittrich die topographischen Beziehungen der Gesichtsweichteile zum Gefäßsystem und zum Gehirn. Die Blutversorgung des Gesichts ist eine sehr reichhaltige, und zwar liegen die Gesichtsvenen unmittelbar unter der Haut und sind nicht, wie an den übrigen Körperstellen, durch ein lockeres Bindegewebe von der Oberhaut getrennt. Aus diesen anatomischen Verhältnissen geht zweierlei hervor:

1. Entzündliche Prozesse an der Oberfläche des Gesichts greifen besonders leicht auf die darunterliegenden Venen über, und es entsteht also eine Trombophlebitis.

2. Diese Venenentzüdung kann durch die Verbindungen der Gesichtsvenen zur Thrombose des Sinus cavernosus und damit zur Sinuitis und Meningitis führen; denn die Vena fac. ant., die für uns vor allem in Betracht kommt, denn sie nimmt Aeste aus sämtlichen Teilen des Gesichts auf, besitzt durch die Vena ophth. sup. eine indirekte Verbindung mit dem Sinus cavernosus. Auf der anderen Seite können durch Vermittlung der Vena iugularis, anonyma, cava superior und des rechten Herzens eitrige Metastasen in den Lungen entstehen. Weiter kann es durch Uebertritt

der Erreger ins Blut zur Metastasenbildung in anderen Teilen des Körpers kommen.

Ganz bestimmte anatomische Verhältnisse sind es dann noch, die gerade an den Lippen den Spontandurchbruch verzögern lassen, weil sie eine genügende Erweichung des Infiltrationsgebietes verhindern. Nach den histologischen Untersuchungen von Schiefferdecker ist nämlich die Haut des Gesichts durch ein ganz bestimmtes System von Fasern ausgezeichnet. Schiefferdecker fand in ihr, in der obersten Lage des Coriums gelegen, eine außerordentlich mächtige elastische Schicht, die er als Elastica mimica bezeichnete. Sie liegt unter der subepithelialen Bindegewebsschicht und erreicht eine Dicke von 300 μ und darüber. Besonders bemerkenswert ist, daß sie gerade an den Lippen in sehr starker Lage vorhanden ist. Die Fasern sind dabei in ganz eigenartiger Weise verfilzt und verflochten, sodaß sie Schiefferdecker als elastische Kissen bezeichnete. Nach der Hautoberfläche zu liegt über den elastischen Kissen eine dünne Bindegewebsschicht, und mit feinen Fasern stehen sie auch mit den tieferen elastischen Geweben in direktem Zusammenhang und damit auch mit der mimischen Muskulatur. Sie selbst werden durchbrochen von den Haarbälgen und von den Blutgefäßen. Danach ist auch anzunehmen, daß der Blutgehalt und der Flüssigkeitsstrom in der Haut sehr weit abhängig sind von dem Spannungszustand dieser elastischen Fasern, der sich wiederum richtet nach dem Kontraktionszustand der mimischen Muskulatur. Diese Elastica mimica spielt sicher bei den Furunkeln des Gesichts eine besondere Rolle. Denn wenn so oft besonders bei den Oberlippenfurunkeln immer mehr kleine Infiltrationsherde gebildet werden, die aber nicht zu genügend breiter Einschmelzung führen, sondern nur einzeln für sich bestehen bleiben, so scheitert dieses letzten Endes an dieser widerstandsfähigen elastischen Schicht. Als Endresultat entsteht so der gefürchtete Gesichtskarbunkel. Offenbar spielt die Elastica mimica eine ähnliche Rolle wie die Derbheit des Coriums, die am Nacken, am Rücken und am Gesäß besonders stark ist und damit diese Stellen zu Lieblingsplätzen von Karbunkeln macht.

Es ist streng zu unterscheiden zwischen bösartigen und gutartigen Gesichtsfurunkeln, und zwar teilt man sie am besten ein in Fälle ohne allgemeine Infektion und Fälle mit allgemeiner Infektion. Letztere rechnen natürlich zu den ganz schweren. Auftreten von bedenklichen Allgemeinerscheinungen, wie hohem Fieber, kleinem, frequentem Puls, Schüttelfrösten, Benommenheit, Collapszuständen, sind die Symptome für eine allgemeine Infektion. Positiver Bakterienbefund im Blut bestätigt die Diagnose. Aber auch Fälle ohne allgemeine Infektion, bei denen die Erkran-

kung einen deutlich fortschreitenden Charakter annimmt, sind als bösartig zu bezeichnen. Bretthartes, hochgradig schmerzhaftes Infiltrat und vor allen Dingen derbe lymphangitische Stränge, Zeichen der bestehenden Trombophlebitis, sind als bedenkliche Zeichen zu werten; denn durch Fortschreiten dieser Trombophlebitis kann es zu der gefürchteten Cavernosusthrombose kommen, und dann ist der lethale Ausgang kaum noch aufzuhalten.

Was nun die Therapie der Gesichtsfurunkel und speziell der Oberlippenfurunkel anbetrifft, so ist dies eine Frage, die — wie schon am Anfang meiner Arbeit erwähnt — noch sehr umstritten ist, und immer noch nicht eine alle zufriedenstellende Lösung gefunden hat. Harmlose Furunkel behandelt man heute mit gutem Erfolg konservativ. Auch da gibt es die verschiedensten Methoden, aber in ihren Grundzügen stimmen sie doch überein. Ruhigstellung durch Sprechverbot, flüssige Diät, Salbenverband, feuchter, warmer Umschlag, das sind heute wohl die am meisten geübten therapeutischen Maßnahmen. Wie behandelt man aber maligne Gesichtsfurunkel? Konservativ oder chirurgisch? Das sind die beiden extremen Richtungen, die beide ihre Anhänger haben, die ihre Ansicht mit Nachdruck vertreten.

Der rein konservative Standpunkt lehnt jegliches aktive Vorgehen ab. Ruhe, selbstverständliche Vermeidung jeden Drükkens, aber auch jeden Schneidens oder sonstigen Eingriffs, weil damit neue Blutbahnen eröffnet werden, was eine Verschleppung der Erreger zur Folge haben kann. Zum ersten Mal empfiehlt Gürtner 1862 eine abwartende Therapie, freilich nicht als Grundsatz. Der erste, der zielbewußt konservative Maßnahmen zur Anwendung brachte, ist Gosselin gewesen. Dieser äußerte sogar die Ansicht, daß erst die Incision die Komplikationen hervorruft. Ebenfalls sah Roedelius einem Einschnitt Schüttelfrost und höheren Temperaturanstieg folgen. Auch Bier war ein absoluter Anhänger der konservativen Methode, freilich mit der Modifikation, daß er noch die Hyperämiebehandlung hinzugenommen hat. Diese Methode hat damals sehr viele Anhänger gefunden, und man berichtete über sehr zufriedenstellende Resultate. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Statistik von Hofmann aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin. Er bringt eine Gegenüberstellung der Mortalitätsziffern der Gesichtsfurunkel aus der Zeit, in der von Bergmann der Klinik vorstand, der ausschließlich die Incision anwandte, und vergleicht sie mit den Erfolgen der Bierschen Stauungsbehandlung. Unter von Bergmann betrug die Mortalitätsziffer 8,6 % und unter Biers neuer Behandlungsart sei sie gesunken auf 5,4 %. Auf Grund dieses Ergebnisses vertritt Hofmann die Auffassung, daß die konservative Methode der Operativen Methode überlegen sei, zumal

auch, was von den Anhängern des konservativen Standpunkts immer wieder als Argument angeführt wird, entstellende Narben vermieden werden. Von ganz hervorragenden Erfolgen der Bierschen Stauungsmethode berichtet Friedemann auf dem Kongreß der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen im Jahre 1923. Er teilt dort einen Fall von Cavernosusthrombose mit, der ohne Eingriff zur Heilung gelangte.

Eine weitere konservative Behandlungsmethode stellt die Röntgenbestrahlung dar. Heidenhein, Seemann, Kohler, Frankel-Nissnjewitsch berichten über ganz ausgezeichnete Resultate. Seemann schreibt sogar von einem hundertprozentigen Erfolg. Interessant ist eine Zusammenstellung von Baensch aus dem Krankenhaus St. Jakob in Leipzig. Er hat zur Klärung der Frage, ob die Röntgenstrahlen einen günstigen Einfluß auf die Heilungsvorgänge beim Gesichtsfurunkel ausüben, die Heilerfolge von 103 bestrahlten mit den von 103 nichtbestrahlten Fällen verglichen. Es zeigte sich, daß bei nurkonservativer Behandlung ohne Bestrahlung eine Mortalitätsziffer von 10,7 resultierte, daß dagegen bei den bestrahlten Fällen nur 1,9 % Todesfälle zu verzeichnen waren, wobei die bestrahlten Fälle in gleicher Weise wie die nichtbestrahlten neben der Röntgentherapie mit den üblichen konservativen Methoden behandelt wurden. Baensch konnte sich in 87 % der Fälle von einer einwandfreien Röntgenwirkung auf den Krankheitsprozeß überzeugen. Die oft ganz erheblichen Schmerzen klangen in der Regel wenige Stunden nach der Bestrahlung ab, die Temperatur sank entweder am Abend des Bestrahlungstages zur Norm, oder es erfolgte nach primärem Temperaturanstieg um 1—1½ ° am nächsten Tage ein allmählicher Temperaturabfall. Baensch glaubt, daß durch die Röntgenbestrahlung die Behandlungszeit abgekürzt werden kann, und nach seiner Meinung handelt es sich dabei nicht um eine allgemeine Immunisierung, denn es kam in einigen Fällen zu neuen Furunkeln in anderen Körperregionen, sondern um eine lokale Strahlenwirkung. Angesichts dieses großen Heilungserfolges glaubt Baensch an eine große Zukunft der Röntgentherapie bei Gesichtsfurunkeln.

Auch die Kurzwellentherapie hat für Oberlippenfurunkel Anwendung gefunden. Löwenstein und Stieböck berichten über den Erfolg einer Kurzwellenbehandlung bei einem 75jährigen Diabetiker mit schwerem Oberlippenfurunkel. Der Patient, stark geschwächt durch seine Krankheit, erkrankte an einem Furunkel der rechten Oberlippe und etwas später an einem zweiten, etwas oberhalb in der Nasolabialfalte gelegenen. Der Allgemeinzustand war sehr schlecht, da neben seinem Diabetes auch noch eine diffuse Bronchitis bestand. Die Verfasser begannen so-

fort mit einer Kurzwellenbehandlung und hatten den verblüffenden Erfolg, daß der Oberlippenfurunkel bei der Bestrahlung sichtbar kleiner wurde, die Spannung und Schmerzen nachließen, so daß der Patient die zweite Nacht darauf zum erstenmal wieder ungestört schlafen konnte. Nach weiteren vier Bestrahlungen waren beide Furunkel abgeheilt und das Allgemeinbefinden ein ausgezeichnetes. Ein solch rasches und völliges Ansprechen einer durch den Ort der Keimsiedlung als äußerst bedenklich bekannten Erkrankungsform bei einem durch einen schweren konstitutionellen Prozeß geschädigten und überalterten Organismus stellt gewiß einen sehr beachtlichen Erfolg dar. Weiter konnten auch Schliephake und Liebesny über analoge Erfolge mit der Kurzwellenbehandlung bei Gesichtsfurunkeln berichten.

Der Japaner Suga empfiehlt ein Bestreichen der Furunkel mit Grauer Salbe, mit der er sehr gute Erfahrungen gemacht hat.

Diese Uebersicht der konservativen Behandlungsmethoden zeigt, daß man sich in den Grundprinzipien wohl einig ist, soweit sie die Schonung des Furunkels betreffen. Andererseits ist es aber erstaunlich, wie groß die Gegensätzlichkeit bezüglich der angewandten Mittel ist.

Ich komme nunmehr nach diesen im allgemeinen konservativ durchgeführten therapeutigen Maßnahmen zu den chirurgischen Methoden in der Behandlung der Gesichts- und speziell der Oberlippenfurunkel. Winniwarter forderte bereits 1892 eine operative Therapie des malignen Gesichtsfurunkels. Rosenbach trat für tiefe und breite Incisionen ein, und zwar zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Axhausen schneidet den infizierten Gewebskegel ganz heraus, Franke verfolgt die Eitergänge bis ins Gesund und kratzt sie mit scharfen Löffeln aus, und Riedel verlangt radikale Exstirpation des ganzen Furunkels ohne Rücksicht auf entstehende große Defekte. Ebenso tritt Schmid für totale Exstirpation mittels des elektrischen Schnittverfahrens ein. Auch Lexer fordert in seinem Lehrbuch große Schnitte, die kreuzweise angelegt werden müssen, damit es zur völligen Freilegung des ganzen Herdes kommt. Entstellende Defekte sollen dann durch eine Plastik gedeckt werden. Auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1934 führte er dann über die Behandlung der pyogenen Infektionen noch folgendes aus: Mit einem Schnitt „so groß wie nötig und so klein wie möglich" ist ohne funktionsstörende Gewebsverletzung unter größter Schonung des Gewebes der anatomisch beste Abflußweg zu schaffen, und zwar ist dieser Begriff rechtzeitig auszuführen, d. h. bevor das Gewebe schweren Schaden erlitten hat oder gar, statt erholungs- und regenerationsfähig zu sein, dem Tode und der Ein-

schmelzung verfallen ist. Daher gilt uns die Regel, das akut fortschreitende Infiltrat zu spalten, bevor es nachweisbar erweicht ist, überall also schon im Beginn zu handeln, sobald Lymphangitis, Thrombophlebitis, Fieber, das Fortschreiten oder die Bösartigkeit verraten. Dadurch wird auch bei dem bisher abwartend behandelten Gesichtsfurunkel der Zeitpunkt des Eingriffs bestimmt. Bei bestehender Thrombophlebitis größerer Venen ist eine Unterbindung der Venenstämme und Entfernen der eitrigen Thromben angebracht.

Bailey geht in dieser Forderung noch weiter. Er fordert generell bei allen bösartigen Oberlippenfurunkeln prophylaktisch eine Unterbindung der Vena angularis und berichtet von drei eigenen schweren Fällen, die er dadurch retten konnte. Auf der diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie trat Bibl dafür ein, daß bei der eitrigen septischen Thrombophlebitis und bei malignen Oberlippenfurunkeln statt der Venenunterbindung oder der Venenausräumung grundsätzlich die radikale Resektion der erkrankten Venenstämme im Gesunden angestrebt werden müsse, wenn das technisch irgendwie möglich sei. Er berichtet von günstigen Erfahrungen, die er damit bei eitriger Thrombophlebitis im Gesicht und an den oberen Extremitäten gemacht habe.

Auch das Kauterisationsverfahren hat für Gesichtsfurunkel Anwendung gefunden. Schnitzler und von Eiselberg berichten über gute Erfolge damit. Aehnlich ist die von Kritzler angewandte Behandlung mit Karbolsäure. Er sticht mit einem Holzstäbchen, das er vorn mit Watte umwickelt und in konzentrierte Karbolsäure getaucht hat, in das weiße Zentrum des Furunkels und sucht auf diese Weise einen Abflußweg zu schaffen. Als besonderen Vorzug der beiden letztgenannten Maßnahmen nennt man die schöne, punktförmige Narbe.

Läwen ging in der Behandlung progredienter Gesichtsfurunkel ganz neue Wege. Er sucht furunkulöse Prozesse im Gesicht durch Incision in Verbindung mit Umspritzung von Eigenblut zur Begrenzung zu bringen. Er ließ sich dabei von folgender Ueberlegung leiten:

1. Durch eine ergiebige, noch im gesunden Gewebe erfolgende Blutinfiltration mußte es möglich sein, eine Zeitlang eine gewisse Absperrung des infektiösen Herdes herzustellen.

2. Es war möglich, daß das Eigenblut im Gewebe eine bakterizide und antitoxische Wirkung entfaltete, ohne daß es zu einer Schädigung des Gewebes kam.

Ueber seine Erfahrungen mit seiner neuen Methode berichtet dann Läwen folgendes:

1. In allen Fällen ist nach der mit Blutumspritzung verbundenen Incision die Schwellung und entzündliche Infiltration in rasche Heilung übergegangen.

2. In keinem Falle ist die entzündliche Schwellung über die Bluteinspritzungszone hinweg weitergegangen.

1924 bringt dann Thomann einen Bericht über die späteren Ergebnisse der Eigenblutumspritzung aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Marburg. Er schreibt, daß es gelungen sei, durch dieses Verfahren selbst schwerste furunkulöse Prozesse, u. a. auch bösartige Oberlippenfurunkel, mit Tendenz zu raschem Fortschreiten, zu begrenzen und zur Ausheilung zu bringen. Ein Versager wäre nicht zu verzeichnen. Auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie teilte dann auch Vorschütz mit, daß auch er sich der Eigenblutumspritzung nach Läwen mit bestem Erfolg bei bösartigen Gesichtsfurunkeln bedient habe. Lienhart berichtet über einen Fall von sehr bösartigem Oberlippenfurunkel, bei dem einwandfrei Staphylokokken im Blut festgestellt werden konnten, den er mit der Läwenschen Methode gerettet hat. Lienhart stellt fest, daß dieser Fall deutlich für eine bakterizide und antitoxische Wirkung des Eigenblutes spricht.

Rieder nimmt statt Eigenblut Pferdeserum und hofft auf diese Weise die bakterizide Wirkung noch zu erhöhen. Er bildet dadurch den Uebergang zu den Methoden, die auf die Auslösung allgemein immunisatorischer Vorgänge und lokaler Gewebsumstimmung hinzielen, die im neueren Schrifttum einen breiten Raum einnehmen. Die Erfahrungen auf diesem Gebiet sind aber noch nicht genügend. Immerhin sind die von Koch mit Staphylokokkenvatren und die von Gruca mit Vaccination erzielten Erfolge bemerkenswert. Doch kommen diese Methoden vor allen Dingen in Frage für hartnäckige Furunkulose des ganzen Körpers.

Diese Zusammenstellung zeigt die außerordentliche Reichhaltigkeit chirurgischer Maßnahmen. Zusammenfassend sei über die Therapie des bösartigen Gesichtsfurunkels überhaupt folgendes gesagt: Die Behandlung des Gesichtsfurunkels teilt die Chirurgen in zwei Lager. Eine feste, allgemein anerkannte therapeutische Formel gibt es nicht. Wahrscheinlich wird es auch in Zukunft so werden, wie es heute schon an den meisten Kliniken geübt wird, daß man auf eine einseitige, nur-konservative oder nur-chirurgische Therapie verzichtet und jeweils individuell von Fall zu Fall entscheidet.

Die Angaben über die Höhe der Mortalitätsziffer bei den Oberlippenfurunkeln ist durchaus schwankend. Man muß dabei die Möglichkeit in Kauf nehmen, daß nicht gleichmäßig beurteiltes Material verglichen wird; denn es ist sehr schwierig, weil in

der Literatur die Unterlagen oft fehlen, nachzuprüfen, wie die einzelnen Autoren ihre Fälle, was die Bösartigkeit anbelangt, aufgefaßt haben. Zunächst mögen folgende Angaben als Beweis dienen, daß der Oberlippenfurunkel am weitaus gefährlichsten von den Gesichtsfurunkeln ist. Ich bringe zu diesem Zweck die Mortalitätsziffern aus drei großen Kliniken.

Dittrich. Chirurgische Klinik Breslau. 107 Gesichtsfurunkel, davon 40 Oberlippenfurunkel. Gesamtmortalität: 12,5 %. Oberlippenfurunkel: 19 %.

Hofmann: Chirurgische Klinik Berlin. 71 Gesichtsfurunkel, davon 43 Oberlippenfurunkel. Gesamtmortalität: 5,4 %. Oberlippenfurunkel: 10,7 %.

Morian. Chirurgische Klinik Leipzig. 103 Gesichtsfurunkel, davon 48 Oberlippenfurunkel. Gesamtmortalität: 10,7 %. Oberlippenfurunkel: 14,8 %.

Folgende Tabelle von Roedelius zeigt deutlich die große Schwankung der Mortalitätsziffer. Ich habe die Tabelle durch die Fälle der Breslauer Universitätsklinik erweitert. Es wird dabei unterschieden zwischen konservativer und chirurgischer Methode.

	Gesamtzahl der Fälle v. Oberlippenfurunkel	Davon starben nach chirurg. Behandl. in v. H.	konserv. Behandl. in v. H.
Reverdin	43	66 %	64 %
von Bergmann	43 (nur chiurg.)	9 %	—
Bier-Hofmann	92 (nur kons.)	—	5,4 %
Lenhartz	8	100 %	—
Roedelius	80	30 %	28 %
13 mit Pyämie eingelieferte abgezogen		18 %	13 %
Küttner-Dittrich	40	13,6 %	5,5 %
2 mit Pyämie eingelieferte abgezogen		9,5 %	0

Ich komme nunmehr zu den Fällen der Chirurgischen Universitätsklinik in Münster. Es stand mir dabei das Material aus den Jahren 1925 bis 1935 zur Verfügung. In diesen Jahren kamen 50 Fälle von Gesichtsfurunkel zur Aufnahme. Sie verteilten sich auf die verschiedenen Gesichtsregionen folgendermaßen:

Oberlippenfurunkel	17
Unterlippenfurunkel	8
Nasenfurunkel	8
Wangenfurunkel	11
Stirnfurunkel	3
Kinnfurunkel	3

Die Oberlippenfurunkel bilden also die Mehrzahl. 34 % aller Gesichtsfurunkel waren Oberlippenfurunkel, danach folgen Wangenfurunkel mit 22 %, Unterlippenfurunkel mit 16 %, Nasenfurunkel mit 16 %, Stirnfurunkel mit 6 % und Kinnfurunkel mit 6 %. Diese Reihenfolge in der Häufigkeit der befallenen Gesichtsregion ist durchaus typisch. Die Oberlippenfurunkel waren also auch hier, wie auch nach den Berichten aus anderen Kliniken, in der Mehrheit.

Die Mortalitätsziffern sind folgende: Von den 50 Patienten mit Gesichtsfurunkeln starben 2, was einer Mortalität von 4 % entspricht. Von 17 Oberlippenfurunkeln kam 1 Fall und von 8 Unterlippenfurunkeln auch 1 Fall zum Exitus. Die übrigen Fälle wurden geheilt.

Von den therapeutischen Maßnahmen werden im allgemeinen konservative Methoden bevorzugt. Bewährt hat sich der heiße Breiumschlag, der den Ablauf der ganzen Erkrankung beschleunigt, die Demarkation fördert und außerdem von den Patienten, weil er das oft unerträgliche Spannungsgefühl lindert, als Wohltat empfunden wird. Daneben werden natürlich die übrigen Hilfsmittel, wie Bettruhe, möglichste Ruhigstellung durch Sprechverbot und flüssige Diät angewandt. Die große Mehrzahl der Fälle heilte unter diesen Maßnahmen ab. Auch 2 Fälle schwerer Art mit deutlich abtastbaren lymphangitischen Strängen und hohem Fieber konnten zur Heilung gebracht werden ohne einen chirurgischen Eingriff.

Auszug aus den Krankengeschichten dieser beiden Fälle:

1. Pat. Wilfried W., 5 Jahre.

24. 11. 1930. Auf der linken Oberlippe stark gerötete und geschwollene Partie mit einem kleinen Schorf auf der Höhe. Am Naseneingang zweiter Furunkel. Ganze linke Gesichtshälfte stark geschwollen und auf Druck hochgradig schmerzhaft. Beim Betasten sind derbe lymphangitische Stränge feststellbar. Temparatur 39 °. Puls 120. — Heiße Leinsamenpackungen.

27. 9. 1930. Schwellung noch stärker geworden.

29. 9. 1930. Schwellung wesentlich zurückgegangen. Puls normal. Temperatur 37,5 °.

1. 10. 1930. Geheilt entlassen.

2. Pat. Else T., 21 Jahre.

14. 7. 1934. Furunkel der linken Oberlippe. Starke Infiltration. Große Schmerzen. Oedem bis zum linken Augenlid. Temperatur 39,5 °. Puls 120.

Heiße Breiumschläge.

15. 7. 1934. Zunahme der Schwellung. Temperatur 39.7 °. Vena facialis anterior als dicker Strang fühlbar. Umschläge werden fortgesetzt.

18. 7. 1934. Langsamer Temperaturabstieg. Spontanperforation. Es entleert sich Eiter.

5. 8. 1934. Geheilt entlassen.

Bei Fällen, bei denen die Tendenz zu raschem Fortschreiten besteht, wird in der Klinik chirurgisch eingegriffen, und zwar mit ausgedehnten Incisionen, evtl. auch mit Unterbindung der Vena iugularis. Auch bei den beiden zum Exitus gekommenen Patienten fand dieses chirurgische Verfahren Anwendung.

Auszug aus den Krankengeschichten:

1. Pat. Johann D., 13 Jahre.

11. 12. 1927. Schwellung der Oberlippe.

12. 12. 1927. Der behandelnde Arzt stellt einen linsengroßen Furunkel fest.

14. 12. 1927. Schwellung der ganzen Gesichtshälfte. Einlieferung in die Klinik. Das ganze Gebiet cyanotisch geschwollen und von massenhaften Eiterpfröpfen durchsetzt. Schwellung geht bis zum linken Auge und auf die linke Halsseite über. Sofortige Operation. Unterbindung der linken Vena iugularis. Breite Eröffnung mit aneinandergereihten Schnitten. Puls 125. Temperatur 40,8 °.

15. 12. 1927. Exitus.

2. Pat. Viktor E., 42 Jahre. Karbunkel der Unterlippe. 2. 6. 1935. Am 29. 5. bemerkte der Patient einen kleinen Furunkel an der Unterlippe. Beim Rasieren begann der Pickel zu schwellen und wurde allmählich so groß und schmerzhaft, daß der Patient kaum sprechen konnte. Am 2. 6. 1935 kam er deswegen in die Klinik. Lokalbefund: Die Unterlippe ist stark geschwollen und livide verfärbt. Ebenso die ganze Unterkiefergegend. Es besteht schmerzhafte Schwellung der Submental- und Submaxillardrüsen.

Warme Breiumschläge. Pontrosil intravenös.

3. 6. 1935. Oberflächliche Borken werden innen von der Schleimhaut abgehoben. Noch keine Abscedierung eingetreten.

4. 6. 1935 Es haben sich multiple Eiterpfröpfe gebildet.

5. 6. 1935. Die Schwellung geht langsam auf die linke Wange bis zum linken Augenlid über. Patient benommen. Der Bulbus

ist etwas vorgetrieben. Anscheinend besteht eine Thrombophlebitis der Vena angularis. Temperatur 39,6°. Puls 134. Operation im Aetherrausch. Schräge Incision vom linken inneren Augenwinkel. Ganz wenig eitriges Sekret im Augenwinkelbezirk. In der Hauptsache Oedem. Desgleichen Incision der linken Submaxillargegend. Nur Oedem. Spaltung der Unterlippe. Es finden sich massenhaft Nekrosen und eitrige Pfröpfe, die zum Teil excidiert werden. Kurz nach der Operation hat der Patient reichlich Schüttelfröste. Am Morgen und Mittag Verbandswechsel, ohne daß die Tampons mitentfernt werden.

7.45 Uhr Exitus.

Sektionsbefund: Unterlippenkarbunkel. Phlegmonös-eitrige Entzündung der linken Wange mit Uebergreifen auf die linke Parotis, Phlebitis und Thrombose der linken Vena facialis, Ophthalmica und des linken Sinus cavernosus mit übergreifender Thrombose auf die Venen der Dura im Bereich der linken mittleren Schädelgrube. Uebergreifen der Thrombose der Vena facialis auf die Vena iugularis in der Umgebung der Einmündungsstelle der Vena facialis communis in diese, wandständige Thrombose der Vena iugularis an der Durchtrittsstelle durch das Foramen iugulare sinistrum. Abscedierende Infarkte der Lungen mit entsprechend fibrinöser Pleuritis, seröser Hepatitis, entzündliche Milzschwellung, Entzündung der Lymphdrüsen im Bereich des linken Unterkiefers, umschriebene pseudomembranöse Entzündung der Valvula Bauhini.

Ein von diesem Patienten hergestelltes Präparat bestätigt sehr anschaulich den lokalen Sektionsbefund.

Es bleibt bei dem ersten Fall zu bedenken, daß er zu einem Zeitpunkt in die Klinik kam, als die Prognose schon unbedingt infolge der eingetretenen Komplikation ungünstig sein mußte. Als Resultat steht jedenfalls fest, daß in diesen beiden Fällen auch der chirurgische Eingriff dem unheilvollen Verlauf keine andere Wendung mehr geben konnte.

Zusammenfassung.

Der Gesichtsfurunkel und ganz besonders der Oberlippenfurunkel ist als eine schwere Erkrankungsform zu werten. Beweis dafür sind die hohen Mortalitätsziffern. Es ist Pflicht eines jeden Arztes, auch des Zahnarztes, den Laien darüber aufzuklären, daß eine unsachgemäße Behandlung, vor allem das auch heute noch vielfach übliche Ausdrücken der Furunkel, die Krankheit nur verschlimmern muß, weil dadurch die Erreger nur noch tiefer ins gesunde Gewebe hineingepreßt werden und außerdem auch noch in die gesunde Umgebung übertragen werden können.

Schrifttum.

Ascher-Kirscher-Nordmann: Die Chirurgie. S. 663—668.
Axhausen: Furunkulosebehandlung. Med. Klin. 11, S. 834, 1924.
Baensch: Zur Röntgentherapie der Gesichtsfurunkel. Bd. 47, S. 188 bis 194. Strahlentherapie 1923.
Baley: Surg. Gynecol. a. obstr. B. 46. S. 568. 1925.
Biebl: Ausgedehnte Venenresektionen bei malignem Oberlippenfurunkel. Kongreßber. Zbl. f. Chir. Bd. 62, S. 1537. 1935.
Chiari: Zur Pathologie und Therapie der Lippenfurunkel. Dtsche. Ztschr. f. Chir. Bd. 194, S. 247—256. 1926.
Dittrich: Ueber Gesichtsfurunkel. Beiträge zur Klin. Chir. Bd. 132, S. 671—679. 1924.
Franke: Die Behandlung des malignen Oberlippenfurunkels. Med. Klin. Nr. 47, S. 1549. 1923.
Fränkel-Nissnejewitsch: Röntgenbehandlung der chirurgischen entzündlichen Vorgänge. Strahlentherapie. Bd. 24, S. 67—100. 1927.
Friedemann: Die konservative Behandlung der Gesichtskarbunkel. Zbl. f. Chir. Bd. 49, S. 933. 1922.
Gruca-Koch: zit. nach Chiari: Zur Pathologie und Therapie der Lippenfurunkel. Siehe oben.
Heidenhein: Röntgenbestrahlung und Entzündung. Strahlentherapie. Bd. 24, S. 37—51. 1927.
Hofmann: Ueber Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 123, S. 51—66. 1923.
Kohler: Experimentelle Untersuchungen zur Entzündungsfrage. Dtsche. Ztschr. f. Chir. 203/204, S. 539—556. 1927.
Kritzler: zit. nach Dittrich: Ueber Gesichtsfurunkel. Siehe oben.
Läwen: Behandlung maligner Gesichtsfurunkel mit Incision und Umspritzung mit Eigenblut. Zbl. f. Chir. 36, S. 1018. 1923.
Lexer: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. Bd. 1, S. 208—214.
Lexer: Die Behandlung der pyogenen Infektionen und ihrer Folgen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 180. S. 183—198. 1934.
Lienhart: Zur Behandlung maligner Gesichtsfurunkel mit Incision und Umspritzung mit Eigenblut. Zbl. f. Chir. Bd. 51, S. 1501—1502. 1924.
Löwenstein-Stieböck: Kurzwellentherapie bei Gesichtsfurunkeln. Wiener klin. Wschr. Bd. 2, S. 1502. 1931.
Morian: Der Gesichtsfurunkel. Dtsche. Ztschr. f. Chir. Bd. 193, S. 45. 1926.
Rosenbach: Ueber maligne Gesichtsfurunkel. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77, S. 715—729. 1905.
Roedelius: Ueber den malignen Oberlippenfurunkel. Klin. Wschr. Bd. 2, S. 2348—2353. 1923.
Rieder: Behandlung progredienter Gesichtsfurunkel. Zbl. f. Chir. Bd. 26, S. 1024. 1923.
Schnitzler-von Eiselsberg: Kongreßber. d. Tagg. d. Freien Vereinigg. d. Chirurgen Wiens. Zbl. f. Chir. Bd. 50, S. 526—527. 1923.

Seemann: Erfahrungen mit Röntgenbestrahlung bei akuten Entzündungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 141, S. 454—466. 1927.
Schiefferdecker: zit. nach Chiari: Zur Pathologie und Therapie der Gesichtsfurunkel. Siehe oben.
Schmid: Die Chirurgie des Gesichtsfurunkels. Der Chirurg. Bd. 6, S. 447—456. 1924.
Schliephake-Liebesny: zit. nach Löwenstein-Stieböck: Kurzwellentherapie bei Gesichtsfurunkeln. Siehe oben.
Suga: Ueber die Behandlung größerer Furunkel mittels Grauer Salbe. Okayama Igakkai Zasshi. Bd. 44, S. 1846. 1932.
Thomann: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten bakterieller Infektion gegenüber künstlich gesetzten Hämatomen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 132, S. 324—345. 1924.
Trendelenburg: zit. nach Morian: Der Gesichtsfurunkel. Siehe oben.
Vorschütz: Ueber Eigenbluttherapie. Kongreßber. Arch. f. klin. Chir. Bd. 153, S. 509—516. 1924.

Lebenslauf.

Am 7. IV. 1910 wurde ich in Sapelloh/Pr. Hannover geboren. Besuchte dort die Volksschule und anschließend die Aufbauschule in Petershagen (Weser). Nach bestandener Reifeprüfung studierte ich Zahnheilkunde in Münster und bestand dort im Sommer 1935 mein Staatsexamen.

Heinrich Meier.